

Этапное лечение осложненной гигантской язвы желудка: клинический случай

© В.И. ДЕМЧЕНКО, А.В. ВЛАСОВ, Е.А. ЧЕБУРКОВА

Приволжский исследовательский медицинский университет, ул. Горьковская, д. 22, Нижний Новгород, 603005, Российская Федерация

Представлены результаты хирургического лечения пациента хронической гигантской язвой желудка, осложненной пенетрацией в поджелудочную железу, перфорацией передней и задней стенок желудка и распространенным фибринозным перитонитом. Послеоперационная летальность у таких пациентов, по данным различных авторов, составляет от 11,1 до 50%. В связи с этим, пациенты с гигантскими пенетрирующими перфоративными язвами нуждаются в индивидуальном подходе и вопрос оптимального объема хирургического вмешательства остается актуальным. В лечении данного пациента использован метод «Damage control» и этапное хирургическое вмешательство. На первом этапе перфорационное отверстие на задней стенке желудка ушито двухрядным узловым швом, отверстие передней стенки ушито с использованием сальника «на ножке», выполнена санация брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилось интенсивное комплексное лечение в условиях отделения реанимации. Через двое суток выполнена плановая релапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот–II в модификации Бальфура. В макропрепарате размер язвы составил 18,0 x 10,0 см. Послеоперационный период протекал тяжело, парез кишечника разрешился на пятые сутки, отмечалась нижнедолевая пневмония слева, нагноение операционной раны. Выздоровление, пациент был выписан через 25 дней с момента госпитализации.

Ключевые слова: клинический случай; прободная язва желудка, распространенный гнойный перитонит, «damage control», этапное хирургическое лечение

Staged Treatment of a Complicated Giant Gastric Ulcer: a clinical case report

© V.I. DEMCHENKO, A.V. VLASOV, E.A. CHEBURKOVA

Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation

Introduction. The paper presents clinical outcomes of surgical treatment of a patient with a chronic giant gastric ulcer complicated by penetration into the pancreas, perforation of the anterior and posterior walls of the stomach and general purulent peritonitis. According to various data postoperative mortality in such patients ranges from 11.1% to 50%. In this regard, patients with giant penetrating ulcers need an individual approach and the issue of the optimal amount of surgical intervention still remains challenging.

Methods. The “damage control” method and staged surgical interventions were applied in the treatment of this patient. At the first stage, the perforation hole on the back wall of the stomach was sutured with a double-row interrupted suture, the hole on the front wall was sutured using a pedunculated omentum, and sanitation of the abdominal cavity was performed. Postoperative intensive complex treatment was carried out in the intensive care unit.

Results. After two days of treatment a planned relaparotomy (the Billroth II operation modified by Braun-Balfour) with resection of 2/3 part of the stomach was performed. The postoperative macrosection demonstrated that the size of the ulcer was 18.0x10.0 cm. The postoperative period was complicated: the intestinal paresis resolved in 5 days, there was a left lower lobe pleuropneumonia in the lungs suppuration of the postoperative wound. The patient recovered and was discharged in 25 days after hospitalization.

Keywords: clinical case; staged surgical treatment; clinical observation; perforated gastric ulcer; general purulent peritonitis; “damage control”

Проблема хирургии перфоративных гастродуоденальных язв в настоящее время не утратила актуальности как в медицинском, так и в социальном аспектах [1].

Тенденция к малотравматичным и органосберегающим оперативным технологиям является общепризнанной и успешно реализуется в большинстве случаев [2, 3].

Однако не всем больным можно выполнить хирургическое вмешательство, используя малоинвазивные методики. Больные с гигантскими пенетрирующими перфоративными язвами нуждаются в индивидуальном подходе. Учитывая высокие цифры послеоперационной летальности у таких больных (от 11,1 до 50%), вопрос оптимального объема хирургического вмешательства остается актуальным [1, 4, 5].

Клинический случай

Пациент Г., 56 лет, был доставлен в хирургический стационар каретой скорой помощи 28.05.2017 г. в 20 часов, на четвертый день от начала заболевания, с диагнозом «острый живот». Месяц назад перенес операцию ушивания прободной язвы желудка в другой больнице города.

При поступлении состояние тяжелое. Жалуется на боль в животе. Стонет от боли. Занимает вынужденное положение: лежит на спине, не переворачиваясь. Язык сухой. На лице капли липкого пота. Температура 38,2°C. Периодически икает и при этом вскрикивает от болей. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД=110/70 мм.рт.ст., пульс 120 в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, мак-

симально в нижних отделах живота, больше справа. Осмотру живота сопротивляется, отталкивает руку врача. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу.

Анализ крови: Нв - 111 г/л, Le - $4,1 \times 10^9$, «сдвиг» лейкоцитарной формулы: п/я - 40, с/я - 35, м - 7, л - 18), СОЭ - 43 мм в час. Мочевина - 9,6 ммоль/л, креатинин - 179 ммоль/л, АСАТ - 136 ед., АЛАТ - 40 ед., амилаза - 25,4 ме.

Анализ мочи: белок - 0,23%, Le 2 - 3 в поле зрения, Эг 1-2 в поле зрения, цилиндры зернистые, гиалиновые 2 - 3 в поле зрения.

На обзорной рентгенографии брюшной полости - свободный воздух под диафрагмой справа.

Диагноз: прободная язва желудка, распространенный перитонит.

От предложенного экстренного оперативного лечения пациент отказался, оставил запись в истории болезни. В условиях реанимационного отделения проводилась инфузионная и дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия, получал анальгетики, был установлен зонд в желудок.

Согласие на операцию было получено спустя 10 часов с момента поступления в стационар. Выполнена верхнесрединная лапаротомия. На операции: в брюшной полости до 1,5 литров фибринозно-гнойного выпота во всех отделах, париетальная и висцеральная брюшина гиперемирована, на петлях кишечника множественные налеты фибрина. После удаления последнего электроотсосом, произведена ревизия органов брюшной полости.

На передней стенке антрального отдела желудка выявлено перфорационное отверстие 2,5 см диаметром, из которого выделяется желудочное содержимое. При пальпации выявлено наличие язвенного уплотнения, переходящего с передней стенки желудка на заднюю, желудок фиксирован к поджелудочной железе. После мобилизации желудка выявлено перфорационное отверстие и на задней его стенке, выше «сращения» с поджелудочной железой, размерами 2,0 x 3,0 см. По большой и малой кривизне желудка пальпируются плотные лимфатические узлы диаметром до 1-1,5 см.

Перфорационное отверстие на задней стенке желудка ушито двухрядным узловым швом, отверстие передней стенки ушито по Оппелю-Поликарпову (пластика прободного отверстия сальником на ножке). Брюшная полость промыта физиологическим раствором до чистых вод, осушена. Через дополнительные разрезы введено 4 дренажа в брюшную полость. Послеоперационная рана ушита.

В послеоперационном периоде проводилось интенсивное комплексное лечение в условиях отделения реанимации (антибиотики, ингибиторы протонной помпы, улучшение микроциркуляции, инфузионная, симптоматическая терапия).

Через двое суток выполнена плановая релапаротомия. В брюшной полости незначительное количество прозрачного желтого выпота, тонкая кишка перистальтирует, хотя еще незначительно расширена, до 3,0-4,0 см. Выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот - II в модификации Бальфура. При осмотре препарата выявлена язва желудка, размерами 18,0 x 10,0 см, расположенная на задней стенке и большой кривизне в теле желудка с переходом на переднюю стенку в антральном отделе.

Послеоперационный период протекал тяжело, парез кишечника разрешился на пятые сутки, отмечалась нижнедолевая плевропневмония слева, нагноение послеоперационной раны. Выздоровление, пациент был выписан через 25 дней с момента госпитализации.

Обсуждение

В классификации язв желудка и ДПК, в зависимости от размеров язвенного дефекта, выделяют язвы малых (до 0,5 см в диаметре) и средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0-3,0 см в диаметре) и гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы. Клиническая ситуация была оценена как хроническая гигантская язва желудка, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу и перфорацией, распространенный фибринозно-гнойный перитонит.

Мы решили воспользоваться тактикой «Damage control», выполнить минимальное вмешательство по поводу прободной язвы и распространенного гнояного перитонита, а затем, по стабилизации состояния больного и по мере стихания клинических проявлений перитонита, выполнить резекцию желудка.

Хирургическая тактика «Damage control» или «Контроля повреждений» — современная хирургическая тактика, направленная на минимизацию объема хирургического вмешательства у группы тяжело травмированных пациентов, когда окончательное вмешательство отсрочено и выполняется по стабилизации состояния. В экстренной хирургии заболеваний и травм органов брюшной полости при тяжёлом и критическом состоянии больных возникает необходимость в выполнении многоэтапных оперативных вмешательств. В специальной литературе они носят различные названия: «программируемые релапаротомии», «контрольно-динамические санационные лапароскопии», «этапные оперативные вмешательства», «Damage control», «Bail out» и др. Следует отметить, что первые три термина используются применительно к экстренной хирургии при заболеваниях органов брюшной полости, последующие два, как правило, при их повреждениях. Указанные этапные вмешательства применяются при необходимости дополнительной санации, хирургической коррекции через определённый промежуток времени [7].

Релапаротомия, в общепринятом понимании — это повторное чревосечение. Их подразделяют на релапаротомии «по требованию» и «по программе». По-

казания к релапаротомии «по требованию» возникают в связи с прогрессированием интраабдоминального воспалительного процесса или его осложнениями. Показания к плановой релапаротомии — «по программе» — устанавливаются во время первой операции на основании многофакторной интраоперационной оценки хирургической ситуации [8].

Заключение

Применение метода «Damage control» и этапного хирургического лечения дает шанс на выздоровление больным с гигантской язвой желудка, осложненной пенетрацией, перфорацией передней и задней стенок и распространенным гнойным перитонитом.

Список литературы

1. Совцов С.А. *Летопись частной хирургии. Часть 2: Прободная язва, монография.* Челябинск: Цитеро. 2016; 165.
2. Сажин В.П., Бронштейн П.Г., Зайцев О.В. Национальные клинические рекомендации «Прободная язва». XII Съезд хирургов России «Актуальные вопросы хирургии». г. Ростов-на-Дону. 2015; 37.
3. Moggia E, Athanasopoulos PG, Hadjittofi C, Berti S. Laparoscopic Finney pyloroplasty in the emergency setting: first case report in the literature and technical challenges. *Ann Transl Med.* 2016; 4(10): 197.
4. Жаров С.В., Нарезкин Д.В., Романенков С.Н. Результаты оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с осложненными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. *Новости хирургии.* 2012; 20: 2: 25–28.
5. Nishikant Gujar, Sachin DM. Comparative Study Between Omental Plugging With Controlled Tube Duodenostomy for Management of Giant Duodenal Ulcer Perforation. *International Journal of Science and Research (IJSR).* 2015; 4: 3: 1675–1678.
6. Шапошников Р.А., Манукьян Г.В., Шерцингер А.Г. Современное применение тактики многоэтапных операций и сокращенной лапаротомии в неотложной хирургии. *Хирург.* 2009; 1: 55–59.
7. Тимербулатов М.В., Тимербулатов Ш.В., Ярмухаметов И.М. Этапные оперативные вмешательства – "damage control" и "bail out" – в неотложной абдоминальной хирургии. *Креативная хирургия и онкология.* 2012; 1: 103–107.
8. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. *Перитонит: Практическое руководство.* М.: Литтерра. 2006; 208.

Информация об авторах

1. Власов Александр Викторович - к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии и трансплантологии, Приволжский исследовательский медицинский университет, e-mail: vlasovalexv@mail.ru
2. Демченко Виталий Иванович - к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии и трансплантологии, Приволжский исследовательский медицинский университет, e-mail: vita.dem64@yandex.ru
3. Чебуркова Евгения Андреевна - ассистент кафедры факультетской хирургии и трансплантологии, Приволжский исследовательский медицинский университет, e-mail: mahikan@mail.ru

Цитировать:

Демченко В.И., Власов А.В., Чебуркова Е.А. Этапное лечение гигантской язвы желудка, осложненной пенетрацией в поджелудочную железу, перфорацией передней и задней стенок желудка и распространенным фибринозно-гнойным перитонитом. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2020; 13: 2: 135–137. DOI: 10.18499/2070-478X-2020-13-2-135-137.

To cite this article:

Demchenko V.I., Vlasov A.V., Cheburkova E.A. Stage Treatment of a Giant Gastric Ulcer Complicated by Penetration into the Pancreas, Perforation of the Anterior and Posterior Walls of the Stomach and General Purulent Peritonitis. *Journal of experimental and clinical surgery* 2020; 13: 2: 135–137. DOI: 10.18499/2070-478X-2020-13-2-135-137.

Дополнительная информация

Согласие пациента

Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Вестник экспериментальной и клинической хирургии».

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

References

1. Sovtsov SA. Letopis' chastnoi khirurgii. Chast' 2: Probodnaya yazva, monografiya. Chelyabinsk: Tsitsero. 2016; 165. (in Russ.)
2. Sazhin VP, Bronshtein PG, Zaitsev OV. Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii «Probodnaya yazva». XII S'ezd khirurgov Rossii «Aktual'nye voprosy khirurgii». g. Rostov-na-Donu. 2015; 37. (in Russ.)
3. Moggia E, Athanasopoulos PG, Hadjittofi C, Berti S. Laparoscopic Finney pyloroplasty in the emergency setting: first case report in the literature and technical challenges. *Ann Transl Med.* 2016; 4(10): 197.
4. Zharov SV, Narezkin DV, Romanenkov SN. Results of surgical treatment of elderly and senile patients with complicated giant ulcers of the stomach and duodenum. *Novosti khirurgii.* 2012; 20: 2: 25–28. (in Russ.)
5. Nishikant Gujar, Sachin DM. Comparative Study Between Omental Plugging With Controlled Tube Duodenostomy for Management of Giant Duodenal Ulcer Perforation. *International Journal of Science and Research (IJSR).* 2015; 4: 3: 1675–1678.
6. Shaposhnikov RA, Manuk'yan GV, Shertsinger AG. Modern application of tactics of multi-stage operations and reduced laparotomy in emergency surgery. *Khirurg.* 2009; 1: 55–59.
7. Timerbulatov MV, Timerbulatov ShV. Stage surgical interventions – "damage control" and "bail out" – in emergency abdominal surgery. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya.* 2012; 1: 103–107.
8. Savel'ev VS, Gelfand BR, Filimonov MI. *Peritonit: Prakticheskoe rukovodstvo.* M.: Litterra. 2006; 208.

Information about the Authors

1. Alexander Viktorovich Vlasov - Ph.D., Assistant Professor at the Department of Intermediate Course of Surgery and Transplantology, Privolzhsky Research Medical University, e-mail: vlasovalexv@mail.ru
2. Vitaly Ivanovich Demchenko - Ph.D., Associate Professor at the Department of Intermediate Course of Surgery and Transplantology, Privolzhsky Research Medical University, e-mail: vita.dem64@yandex.ru
3. Eugenia Andreevna Cheburkova - Assistant Professor at the Department of Intermediate Course of Surgery and Transplantology, Privolzhsky Research Medical University, e-mail: mahikan@mail.ru